

На правах рукописи

Антонова Наталья Леонидовна

**СТАНОВЛЕНИЕ, ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ
СОЦИАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ**

Специальность 22.00.04 – Социальная структура,
социальные институты и процессы

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора социологических наук

Екатеринбург, 2012

Диссертация выполнена на кафедре теории и истории социологии ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н.Ельцина»

Научный консультант: доктор социологических наук, профессор,
Кораблева Галина Борисовна

Официальные оппоненты: доктор социологических наук, доцент
Макарова Марина Николаевна

доктор социологических наук, профессор
Старшинова Алла Викторовна

доктор философских наук, профессор
Чижова Валерия Михайловна

Ведущая организация: **ФГБОУ ВПО «Пермский национальный
исследовательский политехнический
университет»**

Защита состоится «21» февраля 2012 года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 212.285.17 по защите докторских и кандидатских диссертаций при ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н.Ельцина» по адресу: 620000, г. Екатеринбург, пр. Ленина, 51, ком. 248.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н.Ельцина»

Автореферат разослан ____ 2012 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор социологических наук, профессор

Г.Б. Кораблева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Трансформационные изменения современного российского общества коснулись практически всех сфер общественной жизни. В здравоохранении они имеют противоречивый характер, поскольку трудности перехода от государственной к бюджетно-страховой модели медицинского обслуживания затронули интересы всех субъектов, включенных в эту систему.

Медицинское обслуживание сегодня представляет собой модель, в которую наряду с традиционными субъектами – пациентами и медицинским персоналом, вписаны также страховые медицинские организации, страхователи, Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Регламентация новой модели была осуществлена в 1991 г. с выходом Закона РФ «О медицинском страховании граждан». В соответствии с ним в России было введено обязательное медицинское страхование (ОМС), базовым принципом которого является обеспечение граждан Российской Федерации равными правами при получении медицинских услуг в соответствии с Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Необходимость введения обязательного медицинского страхования в России была обусловлена рядом факторов.

Во-первых, в условиях перехода к рынку актуализировались проблемы социальной защиты населения, в том числе в сфере медицинского обслуживания. Независимо от статусных позиций, финансового положения, социально-демографических характеристик все застрахованные в ОМС могут получить необходимую медицинскую помощь в случае болезни.

Во-вторых, усиливающееся расслоение общества, его поляризация приводят к появлению социального неравенства в области медицинского обслуживания. Получение медицинской помощи – это гарантия государства абсолютно для всех, что позволяет отчасти преодолевать неравенство социальных позиций застрахованных и обеспечивать доступ к медицинским услугам.

В-третьих, введение ОМС имеет экономическую значимость, касающуюся «притока» и перераспределения финансовых ресурсов в здравоохранении. Невысокая доля финансовых отчислений на здравоохранение затрудняла решение стратегических задач медицины. Практика ОМС «взяла на себя» часть финансовых проблем и позволила не только обеспечить бесплатную, доступную, качественную медицинскую помощь застрахованным, но и самой системе здравоохранения выжить и ориентироваться на дальнейшее развитие.

Вместе с тем, за почти 20-летний период в системе ОМС накопилось немало проблем и противоречий, требующих специального изучения и решения. Социальная эффективность ОМС имеет ограниченный характер, население не удовлетворено в полной мере качеством и доступностью

медицинской помощи. Не способствует этому и принятый Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании граждан», вступивший в силу с 1 января 2011 г. Признавая необходимость модернизации ОМС, он не меняет принципиально его основные характеристики и положения.

Современная концепция ОМС практически не учитывает положительный опыт и наработки, имеющиеся в западных моделях обязательного медицинского страхования. Полагаясь на российскую специфику, медицинское обслуживание населения по-прежнему осуществляется по территориальному принципу, что не позволяет развиваться конкуренции между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими учреждениями. Пациенты в такой модели остаются отчужденными субъектами ОМС. Решения в сфере медицинской помощи за них принимают страховщики, страхователи, исполнители медицинских услуг.

Кроме того, организация обязательного медицинского страхования такова, что населению зачастую приходится оплачивать даже те услуги, которые включены в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Дефицит специалистов вынуждает людей обращаться в негосударственные медицинские учреждения и центры. Роль страховщика в таком случае для пациента сводится лишь к выдаче полисов ОМС. В системе медицинского обслуживания, таким образом, обязательное медицинское страхование становится непонятной и непонятой населением структурой. Ее место, роль и функции «остаются за кадром» для пациентов.

Актуальность социологического анализа обязательного медицинского страхования обусловлена наличием противоречий между:

- необходимостью выявить и обосновать особенности и тенденции воспроизводства ОМС в России как перспективного направления дальнейшей модернизации системы медицинского обслуживания и отсутствием концептуального осмысления специфики обязательного медицинского страхования как особого вида социальной практики, становление, функционирование и развитие которой зиждется на идеологических принципах и ценностях, воспроизводимых в системе действий и взаимодействий акторов;
- потребностями акторов практики обязательного медицинского страхования и условиями их реализации, заложенными в социальной политике государства как основном субъекте идеологии ОМС;
- сложившимся пониманием базовых идеологических принципов практики ОМС и их трансформацией в условиях либерально-ориентированной политики российского государства;
- декларацией принципов равенства и справедливости как основы функционирования ОМС в государственной социальной политике и практикой их реализации в конкретных условиях социальной среды.

Социологическое осмысление и исследование данных противоречий позволит выявить глубинные причины их появления и разработать целостную концепцию преодоления с учетом общественных потребностей разных акторов, включенных в систему обязательного медицинского страхования.

Накопившиеся проблемы функционирования и развития социальной практики ОМС в России свидетельствуют о необходимости разработки новой методологии анализа данного феномена, обращения к трудам широкого круга исследователей из разных областей знания: экономических, политологических, управленческих, социологических, философских, правовых и др.

Степень научной разработанности проблемы.

Методологической базой данного исследования стали идеи и концепции крупнейших представителей социологической науки. Основополагающими стали труды Дж. Александера, П. Бергера, П. Бурдьё, Э. Гидденса, К. Маркса, Т. Лукмана, Э. Норберта, Т. Парсонса, Дж. Ритцера, П. А. Сорокина, П. Штомпки, А. Щюца. В их работах обращается внимание на предметное поле социологии, в котором особое место занимают социальные практики как элемент общественной системы.

Большое методологическое значение при анализе социальных практик имели работы отечественных социологов, раскрывающие суть системного, структурно-функционального, ресурсного, активистско-деятельностного подходов для их изучения. В монографиях и статьях И. Ф. Девятко, Т. И. Заславской, Г. Е. Зборовского, Г. Б. Кораблевой, А. В. Меренкова, А. И. Олейника, В. А. Радаева, Л. Я. Рубиной, Н. Е. Тихоновой, М. А. Шабановой, В. А. Ядова отражены различные методологические аспекты исследования социальных процессов, которые становятся теоретически значимыми для изучения социальных практик как систем социальных действий и взаимодействий акторов.

Концептуализация понятия социальных практик выявила возможности и ограничения исследования практик в русле постмодернизма. В работах Л. Витгенштейна, Г. Гарфинкеля, И. Гофмана, М. Фуко, А. Щюца, а также в трудах российских исследователей В. Вахштайна, В. В. Волкова, О. В. Хархордина практики предстают как индивидуальный опыт каждого индивида, изучение которого возможно только в совокупности слов и действий, образующих смыслы, а также фона протекания практики.

Раскрывая идеологические основы социальных практик, мы обращались к концепциям и идеям, предложенным такими исследователями, как Е. Вятр, С. Жижек, А. А. Зиновьев, В. Н. Кузнецов, К. Манхейм, А. С. Панарин, Дж. Ролз, А. В. Старшинова. В работах представленных авторов обосновывается идеология как система идей, концепций, знаний, ценностей, стимулирующих и регулирующих человеческое поведение, организующих общественную жизнь и определяющих преобразования, функционирование и развитие общества в истории человечества.

Существенное значение имели для нас исследования проблем здоровья, здравоохранения, медицины, выполненные Ю. Р. Вишневским, Е. В. Дмитриевой, С. А. Ефименко, И. В. Журавлевой, Ю. П. Лисицыным, Т. Н. Максимовой, И. Б. Назаровой, В. М. Ниловым, А. В. Решетниковым, К. Н. Хабибуллиным, В. М. Чижовой, Л. С. Шиловой и др. В их работах раскрывается социологическая специфика анализа здоровья и медицины,

характеризуются институциональные изменения в сфере здравоохранения. Использование работ этих авторов позволило обосновать и развить концептуальные идеи исследовательской стратегии социологического анализа практики обязательного медицинского страхования как инструмента социальной защиты населения в системе медицинского обслуживания населения.

Анализ современного состояния российской практики обязательного медицинского страхования стал предметом исследований в работах В. Бочаровой, Е. Ш. Гонтмахера, В. В. Дрошнева, А. М. Таранова, Т. Чубаровой, В. И. Шевского, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. В их трудах раскрываются проблемы современного функционирования ОМС, определяются причины его кризисного состояния, предлагаются модели дальнейшего развития.

Осуществляя задачу сравнительного анализа российской практики обязательного медицинского страхования с западными аналогами, мы обратились к трудам таких авторов, как В. В. Андропов, А. Т. Бойко, Ю. М. Комаров, Ю. А. Лаврова, Н. Райс, П. К. Смит, М. Теннер. В них получили отражение вопросы современного моделирования западных практик обязательного медицинского страхования, их модернизации и социальной эффективности.

Перспективы развития российской практики обязательного медицинского страхования связаны с включением в идеологические основания постулатов теории рационального выбора. Для определения сущности и основных положений теории мы обратились к работам М. Вебера, Дж. Коулмана, В. П. Култыгина, Г. И. Рузавина, Г. Саймона, М. Фармера, Р. Швери, А. Этциони, в которых концептуально представлены и закреплены принципы теории рационального выбора, методологические возможности и перспективы в научно-исследовательском поле социологического анализа.

Анализ научной литературы показал, что исследование обязательного медицинского страхования как особого вида социальной практики не стало предметом социологического внимания и специального изучения. Существует потребность в целостном социологическом концепте исследования заявленной проблемы, системный характер которого позволяет раскрыть процесс становления, функционирования и развития обязательного медицинского страхования в России.

Объект исследования – социальная практика обязательного медицинского страхования как особый вид социальной практики.

Предмет исследования – процесс становления, функционирования и развития социальной практики обязательного медицинского страхования в контексте идеологических противоречий ее воспроизводства в современном российском обществе.

Цель диссертационной работы: разработать методологию социологического анализа обязательного медицинского страхования как особого вида социальной практики, становление, воспроизводство и развитие которой имеет идеологический фундамент.

Реализация цели предполагает решение следующих **задач**:

- осуществить социологическую концептуализацию понятия социальной практики;
- определить идеологические основания становления и воспроизводства социальных практик;
- проанализировать эволюцию социальной практики обязательного медицинского страхования в России;
- раскрыть проблемы современной организации и функционирования социальной практики обязательного медицинского страхования в России;
- выявить роль идеологии в формировании современных противоречий функционирования практики обязательного медицинского страхования;
- провести сравнительный анализ идеологической базы практики ОМС в различных странах и выявить специфику ее идеологических постулатов в России;
- определить перспективы развития практики обязательного медицинского страхования в России и разработать рекомендации по совершенствованию ее идеологической модели.

Теоретические и методологические основы диссертационного исследования. Теоретико-методологической базой диссертационного исследования являются идеи и положения, представленные в работах социологов, философов, политологов, экономистов, определяющих сущность и содержание социальной практики обязательного медицинского страхования, особенности ее воспроизводства на современном этапе развития российского общества. Проблемы и противоречия становления и функционирования практики ОМС рассматриваются сквозь призму идеологических принципов и ценностей, заложенных в государственной социальной политике и реализуемых в условиях неолиберального вектора общественного развития.

Решение поставленных в диссертации задач потребовало комплексного использования подходов: системного, структурно-функционального, институционального, активистско-деятельностного, ресурсного. Существенное значение при анализе практики обязательного медицинского страхования имел активистско-деятельностный подход, в котором указывается на активное деятельностное начало акторов практики.

Методологическую основу диссертации составили теории социальных практик, разработанные в классической социологической традиции, идущей от М. Вебера, К. Маркса. В работе используются идеи и концепции, раскрывающие сущность идеологии как целостной системы идей, ценностей и принципов, определяющей вектор общественного развития. Анализ социальной практики как системы действия и взаимодействий ее акторов стал основанием для обращения к теории социального действия, ролевым теориям, теории детерминации деятельности. Организационные основы практики ОМС, ее функционирование в современном обществе представлены в русле теории организаций, теории социальных изменений. Важную роль в разработке методологических оснований исследовательского поиска сыграла теория

рационального выбора, постулаты которой становятся идеологическим источником дальнейшего развития практики обязательного медицинского страхования.

В работе использованы как общенаучные методы исследования - обобщение, систематизация, индукция, дедукция, сопоставление, так и опросные методы, используемые при проведении конкретно-социологических исследований, - анкетирование, фокус-групповые интервью, полуструктурированные интервью.

Эмпирическую базу диссертационного исследования составили данные официальной статистики, нормативно-правовые акты федерального и регионального значения, регулирующие функционирование практики обязательного медицинского страхования, результаты социологических исследований, проведенных под руководством и при непосредственном участии автора в 2003-2008 гг., поддержанные Российским гуманитарным научным фондом, Фондом Дж. и К. МакАртуров, Фондом Форда (грант Независимого института социальной политики). Эмпирический материал был собран и обобщен в ходе следующих исследований:

- анкетный опрос пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих взрослое население г. Екатеринбурга (N = 1240) – 2003 г.;

- анкетный опрос пациентов (N = 568) и врачей (N = 65) амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих взрослое население г. Екатеринбурга, полуструктурированное интервью с руководителями и специалистами страховых медицинских организаций (N = 7), фокус-групповые интервью с пациентами амбулаторно-поликлинических учреждений - 2004-2005 гг.;

- анкетный опрос пациентов общих врачебных практик Свердловской области (N = 515) – 2005 г.;

- анкетный опрос пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих взрослое население г. Екатеринбурга (N = 400), анкетный опрос родителей пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих детское население г. Екатеринбурга (N = 400), полуструктурированное интервью с руководителями медицинских учреждений (N = 12), полуструктурированное интервью с руководителями и специалистами страховых медицинских организаций (N = 9) – 2006 г.;

- анкетный опрос пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих взрослое население г. Екатеринбурга (N = 500), анкетный опрос пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих взрослое население г. Красноуфимска (N = 150), анкетный опрос пациентов села Калья Свердловской области (N = 100) – 2008 г.

Соответствие темы диссертации требованиям Паспорта специальностей ВАК. Работа выполнена в рамках специальности 22.00.04 – «Социальная структура, социальные институты и процессы».

Достоверность и обоснованность результатов исследования заключается в теоретико-методологическом анализе проблемы, комплексном

применении теоретических наработок социологической науки и эмпирических методик конкретно-социологических исследований, триангуляции данных, полученных из разных источников, в том числе статистических и эмпирических.

Научная новизна диссертационного исследования состоит в авторской концепции социологического анализа обязательного медицинского страхования как особого вида социальной практики, в основе которой лежат обусловленные конкретно-историческими и социально-политическими условиями развития общества идеологические принципы социальной справедливости и общественной солидарности в сфере медицинского обслуживания, что нашло отражение в следующих положениях:

1. Представлено авторское определение социальной практики как системы устойчивых и воспроизводимых социальных действий и взаимодействий индивидов, социальных групп, детерминированных нормами, имеющих пространственно-временную организацию и реализуемых в определенном социальном контексте.

2. Обосновано, что социальные практики, содержание и структура которых задается государством, определяющим общий курс политического, экономического и социального развития общества, опираются на идеологию, в структуре ядра которой расположены принципы и ценности, имеющие общецивилизационную направленность и выражающиеся в общенациональной системе ценностей и принципов, закрепляемую нормативно-правовой базой государственной политики, регламентирующей и регулирующей воспроизводство практик.

3. Доказано, что социальная практика обязательного медицинского страхования выступает детерминированной нормами системой действий и взаимодействий страхователей, страховщиков, исполнителей медицинских услуг и пациентов в сфере медицинского обслуживания как ключевых акторов практики, реализующих в ней на основе статусно-ролевых характеристик свои в разной степени согласованные потребности и интересы. Разнопорядковость потребностей и интересов акторов ведет к противоречиям функционирования практики обязательного медицинского страхования и снижает ее общественную ценность как государственного гаранта получения пациентами бесплатной качественной доступной медицинской помощи при возникновении страхового случая.

4. Выявлено, что социальными функциями практики обязательного медицинского страхования, определяющими ее содержательно-целевое назначение в обществе, являются социальная защита населения в сфере получения медицинской помощи в случае заболевания, направленная на обязательное оказание медицинских услуг медицинскими учреждениями, включенными в данную практику; снижение социальной напряженности, выраженное в удовлетворении жизненно важных потребностей населения в здоровье и медицинском обслуживании и способствующее сохранению

социального порядка и стабильности общества, и регулирование неравенства в доступе к медицинским услугам различных категорий населения.

5. Дана авторская периодизация становления практики обязательного медицинского страхования, в которой выделены следующие этапы: этап формирования предпосылок (1861–1912) - появление добровольных сообществ взаимного страхования, которые возникают на основании потребностей рабочих промышленных предприятий в социальной защите на случай заболевания и нетрудоспособности; этап создания организационных форм в виде больничных касс (1912–1918), фондов медицинской помощи (1921–1929), функционирование которых было регламентировано государством; современный этап (с 1991 г. по настоящее время) - возрождение/инкорпорация практики обязательного медицинского страхования и ее организационное оформление (Федеральный фонд, территориальные фонды, страховые медицинские организации).

6. Раскрыто, что современная организация практики обязательного медицинского страхования как жестко формализованная бюрократическая система, базирующаяся на патерналистском наследии государственной системы здравоохранения социалистического типа, ограничивает возможность ее гибкого реагирования на динамично изменяющиеся потребности акторов и тормозит процессы включения рыночных механизмов, повышения ответственности индивидов за состояние собственного здоровья, а также снижает ответственность страховщика и исполнителя медицинских услуг за неэффективность регламентированных действий, ведет к появлению неформальных платежей.

7. Определено, что базовые идеи, ценности и принципы идеологии практики обязательного медицинского страхования, составляющие ее ядро (социальная справедливость и общественная солидарность), находят свое воплощение в официальной идеологии, реализуемой посредством государственной социальной политики, имеющей в России неолиберальный вектор развития, идеологические постулаты которого в исследуемой практике выражаются в свободе выбора, конкуренции, всеобщности, массовости и доступности медицинского обслуживания.

8. Разработана модель структуры функциональных связей идеологии социальных практик, имеющая два вектора: государственная идеология и стихийно формируемые акторами принципы и ценности; выявлено, что нарушение в ее структуре ведет к появлению идеологических ловушек как противоречий между декларируемыми в государственной социальной политике принципами и ценностями и практикой их реализации в системе действий и взаимодействий акторов, проявляющих себя в обязательном медицинском страховании в виде ловушек равенства, выбора, регулируемой конкуренции.

9. Доказано, что дальнейшее развитие практики обязательного медицинского страхования требует обновления существующей идеологической модели посредством включения в нее основных постулатов теории рационального выбора (методологический индивидуализм, максимизация

полезности в условиях ограниченности информации, субъективизм выбора), позволяющих снять идеологические противоречия-ловушки и преодолеть патерналистское наследие государственной системы здравоохранения, сохранив получение населением медицинских услуг в условиях рыночных отношений в гарантированном государством объеме и качестве.

10. Предложена модель внедрения основных положений теории рационального выбора в практику обязательного медицинского страхования, включающая формирование двухуровневой программы ОМС, основой которой становится дифференцированный подход к определению пакетов медицинских услуг различным категориям населения, создание информационной среды, позволяющей пациентам осуществить индивидуальный информированный рациональный выбор, и разработку конкурентных механизмов для страховщиков и исполнителей медицинских услуг.

Теоретическая и практическая значимость работы заключается в разработке методологии исследования обязательного медицинского страхования как особого вида социальной практики, становление, функционирование и развитие которой происходит на основе идеологических принципов и ценностей, регулирующих систему действий и взаимодействий ее акторов.

Представленные в диссертации концептуальные основы исследования социальных практик могут быть использованы как методологическая база социологического анализа различных социальных практик, а также могут стать фундаментом институционализации отрасли социологического знания – социологии социальных практик.

Результаты диссертационного исследования представляют интерес для субъектов формирования государственной социальной политики в сфере медицинского обслуживания населения, субъектов управления системой обязательного медицинского страхования. К их числу отнесем Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Министерство здравоохранения Свердловской области, Управление здравоохранения муниципальных образований/городских округов Свердловской области, Федеральный фонд ОМС, Территориальный фонд ОМС Свердловской области и его филиалы, страховые медицинские организации, предоставляющие услуги как обязательного, так и добровольного медицинского страхования, администрации медицинских учреждений различного уровня и разных форм собственности. Материалы работы имеют практическое значение для структур и организаций, в том числе и общественных, в поле деятельности которых включены вопросы защиты прав застрахованных в системе ОМС.

Основные положения диссертации могут быть использованы в системе высшего образования при чтении таких дисциплин как «Общая социология», «Социология социальной сферы», «Социология здоровья», «Демография».

Апробация и внедрение результатов исследования. Результаты работы обсуждены на заседании кафедры теории и истории социологии Института социальных и политических наук Уральского федерального университета

имени первого Президента России Б.Н. Ельцина. Материалы исследования апробированы и получили положительные отзывы на международных, всероссийских, региональных научных и научно-практических конференциях, семинарах, школах, симпозиумах, совещаниях в 2002-2011 гг., в том числе:

- «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования». IV Международная конференция памяти Л. Н. Когана. Екатеринбург: УрГУ, 2011;
- «Стратегия инновационного развития России как особой цивилизации в XXI веке: VI Всероссийская научная конференция «Сорокинские чтения – 2010». Москва: МГУ, 2010;
- «Современное общество: вопросы теории, методологии, методы социальных исследований». X Всероссийская научная конференция, посвященная памяти профессора З. И. Файнбурга. Пермь: ПГТУ, 2010;
- «Управление социальным развитием регионов в условиях выхода из кризиса в современной России и странах СНГ». Международная научно-практическая конференция. Челябинск: Челябинский институт (филиал) Уральской академии государственной службы, 2010;
- «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования». XIII Международная конференция памяти Л. Н. Когана. Екатеринбург: УрГУ, 2010;
- «Мультикультуральная современность: Урал-Россия-Мир». XII Всероссийская научно-практическая конференция Гуманитарного университета. Екатеринбург: Гуманитарный ун-т, 2009;
- «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования». XII Международная конференция памяти Л. Н. Когана. Екатеринбург: УрГУ, 2009;
- «Социология и общество: проблемы и пути взаимодействия». III Всероссийский социологический конгресс. Москва: Институт социологии РАН, 2008;
- «Отечественная социология: обретение будущего через прошлое». IV Всероссийская научная конференция «Сорокинские чтения – 2008». Тюмень: Тюменский государственный университет, 2008;
- «Современное общество: вопросы теории, методологии, методы социальных исследований». IX Всероссийская научная конференция, посвященная памяти З. И. Файнбурга. Пермь: ПГТУ, 2008;
- «Летняя школа институционального анализа 2007». М.: ГУ ВШЭ, 2007;
- «Современное общество: вопросы теории, методологии, методы социальных исследований». VIII Всероссийская научная конференция, посвященная 85-летию со дня рождения З. И. Файнбурга и 40-летию создания лаборатории социологии ПГТУ. Пермь: ПГТУ, 2006;
- «Глобализация и социальные изменения в современной России». III Всероссийский социологический конгресс. Москва: МГУ, 2006;
- «Будущее России: стратегия развития». II Всероссийская научная конференция «Сорокинские чтения – 2005». Москва: МГУ, 2005;

- «Российское общество и вызовы глобализации». I Всероссийская научная конференция «Сорокинские чтения – 2004». Москва: МГУ, 2005;
- «Между прошлым и будущим: социальные отношения, ценности и институты в изменяющейся России». VIII научно-практическая конференция Гуманитарного университета. Екатеринбург: Гуманитарный университет, 2005;
- «Трансформация российского общества и актуальные проблемы социологии». Всероссийская научно-практическая конференция XV Уральские социологические чтения. Екатеринбург: УГТУ-УПИ, 2005;
- «Политическая культура и политические процессы в современном мире: методология, опыт эмпирического анализа». VIII Международная конференция памяти Л. Н. Когана. Екатеринбург, УрГУ, 2005;
- «Управление социальными, экономическими и политическими процессами в российских регионах». Международная конференция. Екатеринбург: УрАГС, 2004;
- «Актуальные проблемы социологии и менеджмента». V Всероссийская конференция, посвященной 40-летию кафедры социологии и социальных технологий управления УГТУ-УПИ. Екатеринбург: УГТУ-УПИ, 2004;
- «Современное общество: вопросы теории, методологии, методы социальных исследований». VII Всероссийская научная конференция, посвященной памяти профессора З. И. Файнбурга. Пермь: ПГТУ, 2004;
- «Актуальные проблемы социологии и менеджмента». IV Всероссийская научно-практическая конференция. Екатеринбург. УГТУ-УПИ, 2003;
- «Социальные проблемы современной Российской экономики». Международная научно-практическая конференция. Екатеринбург: РГППУ, 2003;
- «Управление социальными процессами в регионах». Всероссийская научно-практическая конференция. Екатеринбург: УрАГС, 2002.

Структура работы. Диссертационное исследование состоит из введения, трех глав, 6 параграфов, заключения, списка литературы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность темы диссертационного исследования, определены степень ее научной разработанности, цели и задачи, объект и предмет, теоретико-методологическая и эмпирическая база, формулируется научная новизна работы, указываются ее теоретическая и практическая значимость.

В первой главе **«Методологические аспекты исследования социальных практик»** представлены теоретико-методологические положения, концептуализирующие исследовательский поиск в социологическом поле анализа социальных практик.

В первом параграфе **«Социологическая концептуализация понятия социальной практики»** выделены основные аспекты исследования

социальных практик, которые имеют существенное значение для анализа практики обязательного медицинского страхования. Обосновано, что социальная практика, с одной стороны, выступает фундаментальной категорией макросоциологии, имеющей онтологические основания, поскольку социальная реальность есть по сути социальная практика индивидов, социальных групп и общностей. С другой стороны, на микросоциологическом уровне, это совокупность измеряемых действий и взаимодействий индивидов и групп, имеющая эмпирическое уточнение и интерпретацию.

Использование активистско-деятельностного подхода, суть которого заключается в понимании и объяснении действий индивидов, социальных групп и общностей в системе общества как базового в исследовании социальных практик, позволяет преодолеть разрыв между макро- и микросоциологическими уровнями знания в исследовании конкретной социальной практики, проанализировать ее становление, воспроизводство и развитие. В отличие от постмодернистских трактовок социальных практик как повседневных, рутинных, привычных действий и взаимодействий индивидов, в основе которых находится субъектный подход к описанию, а не объяснению конкретного акта практики (Л. Витгенштейн, И. Гофман, Г. Сакс, М. Фуко, А. Щюц и др.), активистско-деятельностный подход ориентирует исследователя на изучение каузальности функционирования социальных практик. Данный подход имеет еще ряд преимуществ, к числу которых относятся высокая степень однозначности в анализе социальной практики, указывающей на деятельностное начало субъектов (актеров, носителей) практики, обладающих неким набором ресурсов. Активистско-деятельностный подход обеспечивает интегрированные концептуальные рамки, связывающие в единое целое деятельностный, ресурсный и системный уровни анализа, позволяющие раскрыть содержательное наполнение категории социальной практики.

Содержательный анализ категории социальной практики опирается на социальные действия и социальные взаимодействия, которые могут принимать различные виды и формы и в совокупности предстают как социальные практики. При этом социальная практика – не единичный акт социального действия и/или взаимодействия. В социальной практике они предстают в виде устойчивой и воспроизводимой системы, имеющей пространственные и временные границы.

Исследование в таком ключе ставит вопрос о носителе практики. В современной социологической литературе для его характеристики используются понятия субъекта и актора (актера). Понятие «актор» является более широким, поскольку может применяться в любом случае, когда речь идет о конкретных социальных действиях. Актор – всегда действующий индивид, даже если он совершает свои действия неосознанно. Оперирование понятием субъекта предполагает рациональность сознания и поведения, способность осуществить свободный выбор.

Обращение в работе к понятию актора обусловлено следующими положениями. Во-первых, социальная практика есть система социальных

действий и взаимодействий, что прямо указывает на необходимость его использования. Во-вторых, социальные практики, рутинизируясь, становятся неосознанными, что опять же свидетельствует о правомерности обращения в анализе именно к этому понятию. В-третьих, акторы становятся субъектами социальной практики, если: а) их действия рациональны и осознанны; б) они прямо или косвенно ведут к изменениям в социальных практиках.

Акторами социальной практики выступают как индивиды, так и социальные группы. Социальные организации как искусственные объединения людей, ориентированные на выполнение четко заданных функций, также выступают акторами практики. Говоря о практике организаций, мы имеем в виду совокупность действий индивидов и социальных групп, включенных в организационные системы и от их имени реализующих различные социальные практики.

В процессе институционализации социальных практик происходит утверждение и закрепление социальных ролей акторов, которые удовлетворяют в ней многообразие своих потребностей и интересов, а их действия опираются на нормы, правила, традиции, обычаи.

Социальные практики имеют пространственно-временную организацию. Их становление и функционирование проходит в определенных экономических, политических, социокультурных условиях.

В процессе эволюции социальная практика проходит ряд этапов: зарождение/возрождение/инкорпорация, представление (презентация) широким слоям, принятие либо отвержение, укоренение (рутинизация). Инициатором социальной практики может быть как государство, так и рядовые субъекты, которые в процессе действий и взаимодействий формируют основы практики.

Концептуализация понятия социальной практики позволяет предложить его авторское определение. Социальная практика - система устойчивых воспроизводимых социальных действий и взаимодействий индивидов, социальных групп, детерминированных нормами, имеющих пространственно-временную организацию и реализуемых в определенном социальном контексте.

В структуре социальной практики можно выделить следующие подсистемы: нормативную, потребностно-мотивационную, статусно-ролевую, объективистско-контекстуальную, целе-результативную. В функциональное поле социальных практик включены такие функции, как воспроизводство социальных связей и социальных отношений, сохранение социального порядка, регуляция и интеграция действий и взаимодействий акторов, передача социального опыта.

Многообразие и разнопорядковость социальных практик требуют систематизации, что и стало одной из причин обращения в диссертационной работе к определению оснований их типологизации. В диссертации обосновано выделение традиционных и поисковых практик. Первые опираются на традиции и обычаи, корни которых уходят в прошлое, и закрепляются в виде устойчивых систем действий и взаимодействий акторов в настоящем. Основу вторых составляют инновации, стимулирующие развитие практик. Поисковые

практики ориентированы на подбор наилучших вариантов и альтернатив как для индивида и социальной группы, так и для общества в целом. В этом аспекте их можно рассматривать как практики целерациональные, в которых, в отличие от ситуативных, где акторы действуют по принципу «здесь и теперь», сознательно определяются цели и выбираются средства для их достижения.

Содержательно в поисковых практиках не стоит искать привязки к определенному предмету (сфере, области), главное в них – функциональная направленность (поиск лучших альтернатив) и процессуальность (постоянно поддерживаемая актуальность через изменения, включение нового в уже существующие практики).

Динамичность поисковых практик ставит вопрос об их модернизации как прогрессивных изменений в соответствии с общественным развитием. Модернизация предполагает, что акторы «перекраивают» практики в соответствии с новыми требованиями и изменениями в социальной жизни – как мирового порядка, так и локальными.

К иным основаниям типологизации социальных практик в работе отнесены: носитель социальных практик и степень его активности; формализация и уровень формализации норм, опираясь на которые практики функционируют в обществе; направленность практик во времени; уровень риска, заложенный в практиках, и степень успешности практик; сферы, в которых протекают социальные практики; соответствие практик статусно-ролевым позициям акторов.

Предложенная концептуализация понятия социальной практики раскрывает возможности социологического анализа социальных практик как одного из методологических инструментов их исследования.

Во втором параграфе **«Идеологические основы социальных практик: понятие, сущность»** представлено социологическое осмысление исследования социальных практик как идеологически сконструированных моделей. В основании идеологии как базовой концептуальной модели находятся идеи, ценности и принципы, которые выступают системообразующим началом, создают ее ядро.

Идеология в виде целостной системы идей, ценностей и принципов их реализации присуща тем социальным практикам, которые формируются государством как субъектом (носителем) идеологии, определяющим общий курс политического, экономического и социального развития общества.

Идеология социальных практик может быть представлена в виде структурной модели, фундаментом которой являются общечеловеческие (общесовременные) идеи и ценности. Это результат культурно-исторического развития, воплощенного в представлениях населения об обществе и принципах общественного устройства, функционировании институтов и организаций, деятельности различных социальных групп.

Идеи и ценности, формируемые под воздействием этических, религиозных, философских взглядов и концепций, включают ценность человеческой жизни, социальную справедливость, равенство возможностей,

реализацию прав и свобод индивида. Их гуманистическую направленность разделяет большая часть индивидов и групп независимо от статусных позиций и положения в социальной структуре общества.

Общесовицизационные идеи и ценности находят свое выражение в общенациональной системе ценностей и принципов, которые отражают особенности того или иного общественного устройства и специфику государственной политической системы. Именно этот структурный элемент становится главным для формирования различий между одними и теми же практиками, воспроизводящимися в общественных системах разных стран.

Единство общесовицизационных и общенациональных идей, принципов и ценностей свидетельствует о системном характере идеологии, ее целостности. И в этом смысле общесовицизационные идеи, принципы и ценности можно охарактеризовать как устойчивый фундамент идеологии социальных практик, а общенациональные идеи, принципы и ценности – как инструмент, механизм, вектор общественных преобразований, в котором заключены базовые идеологические постулаты. Они образуются как результат взаимодействия государства и акторов социальных практик.

Особое внимание в работе уделяется государству как субъекту формирования идеологии социальных практик, поскольку заложенные в идеологии общенациональные идеи, ценности и принципы являются продолжением государственной идеологии, которая находит свое выражение в государственной политике. В этом смысле государственную политику можно представить как программу, карту или схему государственного строительства, где аккумулируются ценности и принципы, задающие общий курс социально-политического развития государства.

В диссертации рассмотрены основные идеологические постулаты социализма, консерватизма и либерализма, которые задают направленность реализуемым в этих политических системах социальным практикам. На основе анализа дискуссий о современных путях и перспективах развития российского государства в работе утверждается положение о неолиберальной ориентации государственной политики, ценности и принципы которой воплощаются в социальных практиках.

В социальной сфере в условиях неолиберализма практики приобретают квазирыночный характер. Квазирынок – государственный проект, в котором спрос на услуги и их организацию обеспечивает бюджетное финансирование, а бюджетные организации становятся ведущими игроками-актерами на рынке. Социальные практики в общественном секторе наделяются особым смыслом: акторы должны стать проводниками идеологических постулатов государства, выполняя его защитные функции, и участвовать в конкуренции за право получения доступа к общественным ресурсам. Вместе с тем в процессе практических действий и взаимодействий они создают новые принципы и ценности, тем самым оказывая влияние на идеологию.

В работе предложена модель структуры функциональных связей идеологии социальных практик. В нее включены два вектора: государственная

идеология и стихийно формирующиеся в процессе действий и взаимодействий акторов идеологические принципы и ценности. Непосредственным носителем (субъектом) идеологии социальных практик выступает государство, которое сквозь призму государственной социальной политики осуществляет общий курс развития. Речь идет о легитимации ценностей и принципов неолиберализма, неоконсерватизма, социализма либо интегративных вариантов идеологических постулатов, закрепленных в нормативно-правовой базе в виде приказов, распоряжений, положений и т. п. Устойчивость, упорядоченность и воспроизводимость практикам придает оформление организационных структур, которые становятся идеологическими инструментами сопровождения, трансляторами господствующих ценностей и принципов государственной политики. Идеология социальных практик выступает продолжением государственной идеологии.

Акторы социальных практик выступают опосредованными субъектами идеологии. В процессе функционирования социальных практик они создают собственные ценности и принципы как адаптивные механизмы к реальным условиям ее воспроизводства. Эти принципы, не обладающие легитимностью, но поддерживаемые и воспроизводимые в соответствии с потребностями и интересами акторов, могут получить легитимацию и в государственной социальной политике. Этот процесс осуществим при создании системы информационно-коммуникационной связи между ними и государством. Такая связь позволяет государственной политике стать более гибкой и мобильной, реагируя на запросы непосредственных участников социальной практики.

Идеология социальных практик – динамичное образование, поскольку, с одной стороны, обращена к существующему порядку общественного развития, с другой – опирается на актуальные потребности акторов. Однако в условиях конкретного общества структура функциональных связей может быть нарушена, что приводит к появлению противоречий, выступающих в форме идеологических ловушек, причиной возникновения которых становится недостаток координации системообразующих элементов в структуре функциональных связей идеологии.

В диссертации определены следующие группы идеологических ловушек. К первой группе отнесены противоречия между регламентированными в государственной политике ценностями, принципами господствующей идеологии и их реализацией в системе действий и взаимодействий индивидов и групп, включенных в практику. Формируя основы идеологии социальных практик, государство определяет основные идеологические постулаты, закрепляя их в нормативно-правовой базе, которые зачастую остаются только декларацией и не реализуются в полной мере.

Вторая группа идеологических ловушек возникает под воздействием стихийно формирующихся принципов в системе действий и взаимодействий акторов. Отражая их потребности и интересы, сформированные принципы становятся «руководством к действию» в реальной практике и принимаются как идеологические постулаты. При этом новые принципы и ценности могут

вступать в противостояние с государственной идеологией, демонстрируя ее нежизнеспособность в конкретных условиях социальной среды. Функциональная связь должна поддерживаться «диалогом» между непосредственными и опосредованными субъектами идеологии социальной практики, способствуя ее эффективности и развитию.

Третья группа идеологических ловушек формируется в интерпретативном поле базовых ценностей и принципов, заложенных в идеологии. Структура функциональных связей нарушается в силу различного толкования акторами социальных практик и государством основных идеологических постулатов. Различные социальные группы, в том числе представляющие интересы государства, могут по-разному понимать идеи и ценности, составляющие ядро идеологии.

Концептуальная модель исследования социальных практик, предложенная в первой главе, стала основой для исследовательского анализа обязательного медицинского страхования в России.

Во второй главе **«Обязательное медицинское страхование в России: проблемы становления и функционирования»** показан процесс становления практики обязательного медицинского страхования в российском обществе, определены особенности и проблемы ее современной организации и функционирования.

В первом параграфе **«Становление обязательного медицинского страхования в России: этапы, противоречия»** представлены основные этапы формирования российской практики обязательного медицинского страхования.

В диссертационной работе выделены три основных этапа становления российской практики обязательного медицинского страхования: этап формирования предпосылок практики, этап становления ее организационных форм, современный этап функционирования ОМС.

Началом первого этапа следует считать вторую половину XIX столетия. Отмена крепостного права в России стимулировала миграцию крестьян из сел в города. Активный рост заводского и фабричного производства, становление промышленного и торгового капитала привели к увеличению численности рабочих, занятых на производстве, и сформировали острую необходимость в страховании, прежде всего от болезни и от несчастных случаев. Создание добровольных обществ взаимного страхования стало откликом на потребности рабочих, а Закон «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах» (1861) институционально закрепил первые принципы обязательного медицинского страхования рабочих.

Выделение второго этапа в становлении ОМС обусловлено формированием новых организационных форм – больничных касс, инициатором которых становится государство. Значительную роль в их появлении сыграла германская модель страхования, которую принято считать первой системой обязательного медицинского страхования. Она получила свое утверждение с принятием «Закона о страховании рабочих на случай болезни» в

1883 г., ставшего первым в системе социальных законов, провозглашенных канцлером Германии Отто фон Бисмарком.

В России «Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев» был принят в 1912 г. Согласно Закону участнику больничной кассы оказывалась первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях, амбулаторное лечение, родовспоможение и больничное лечение с полным содержанием. Больничные кассы в России учреждались на основании устава. Управление ими осуществляло общее собрание уполномоченных, состоящее как из рабочих, так и из представителей владельца предприятия. Страховая касса «брала на себя» функцию организации и финансирования медицинской помощи. Страховой фонд складывался за счет средств работников и владельцев предприятий. Для регулирования и контроля деятельности больничных касс была создана система надзора, высшим органом которой стал страховой совет (совет по делам страхования рабочих).

Дальнейшее развитие больничные кассы получили в 1917 г. с появлением ряда законодательных документов (Декларация о введении полного социального страхования, Декрет «О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений, предприятий или, в случае отсутствия таковых, о выдаче денежных сумм на их оборудование», Положение о страховании на случай болезни), в соответствии с которыми: во-первых, расширяется круг застрахованных (наемные рабочие, городская и сельская беднота) и соответственно, увеличивается «нагрузка» на больничные кассы; во-вторых, отменяются страховые взносы на медицинскую помощь со стороны застрахованных и вся финансовая нагрузка ложиться «на плечи» предпринимателей и государства, что ведет к обязательной централизации больничных касс, усилению общественного контроля над движением денежных потоков; в-третьих, расширяется спектр функций больничных касс, в поле деятельности которых включается организация медицинского обслуживания и экспертиза его качества, а позже и иные виды страхования (страхование на период старости, вдовства, сиротства, безработицы). В 1918 г. принят Декрет о социальном обеспечении трудящихся, в котором страхование заменяется обеспечением.

В период НЭПа государство вновь обращается в страховой медицине и создает новые организационные формы - фонды медицинской помощи застрахованным, что закрепляется Декретом «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом». Однако период НЭПа был недолог, и в конце 20-х гг. XX столетия практика ОМС «канула в лету», уступив место государственной бюджетной системе здравоохранения.

Таким образом, в процессе становления практики ОМС в России во второй половине XIX – начале XX столетия в работе выделены следующие этапы. Этап формирования предпосылок практики (1861–1912) связан с появлением добровольных сообществ взаимного страхования, которые выступают откликом на потребности рабочих промышленных предприятий в социальной защите на случай заболевания и нетрудоспособности. Второй этап

- этап создания организационных форм в виде больничных касс (1912-1918), а позже – фондов медицинской помощи (1921–1929), функционирование которых было регламентировано государством.

Просуществовав около полувека в России, практика медицинского страхования практически исчезла, созданная база для ее развития осталась не востребованной. Советский период развития общества ознаменовался становлением и функционированием государственной системы здравоохранения, получившей название «модель Семашко», в которой население не участвовало в оплате медицинской помощи. Конституционное право на бесплатную медицинскую помощь в СССР имело как социальный, так и политический характер, отражающий прогрессивность советской социалистической идеологии. Вместе с тем принципы бюджетного здравоохранения стали основой для становления государственной системы здравоохранения Великобритании (модель У. Бевериджа), созданной с учетом советского опыта, которую отличает централизованное планирование и особая роль государства, осуществляющего контролирующие функции.

В советском здравоохранении чрезмерная политизация создала целый спектр проблем в системе медицинского обслуживания населения. Ведомственный подход в здравоохранении снизил доступность качественной медицинской помощи для большей части населения; гонка за количеством (численность медицинского персонала, коек и пр.) вылилась в демонстрацию показателей развития медицины, а не удовлетворения запросов населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

К началу 1990-х гг. российская система здравоохранения оказалась в кризисном состоянии. Во-первых, она перестала удовлетворять потребностям населения в получении доступной качественной медицинской помощи; во-вторых, территориальный принцип оказания медицинской помощи привязывал население к конкретным медицинским учреждениям и ограничивал свободу их выбора; в-третьих, острый дефицит финансовых средств тормозил ее дальнейшее развитие. Становление рыночных отношений обострило вопрос поиска новой модели здравоохранения.

В современных системах здравоохранения условно можно выделить три базовые модели: модель государственного бюджетного здравоохранения, модель частного страхования здоровья, модель страховой медицины. Именно в пользу последней был сделан выбор, что ознаменовалось принятием в 1991 г. Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Это стало новым этапом в практике ОМС. Ее двойственная природа заключается в том, что, с одной стороны, имея глубинные истоки, уходящие корнями в период зарождения капиталистических отношений – конец XIX в., когда происходит оформление базовых идеологических принципов практики медицинского страхования, которая имеет для отдельных категорий населения обязательный характер, она в 1991 г. возрождается (реанимируется), а с другой стороны, за ее современную основу берется голландская модель, что позволяет считать истоками инкорпорирование. При этом обязательное медицинское страхование

выстраивалось на фундаменте существующей государственной бюджетной системы здравоохранения, и соответственно частично принципы оказания медицинской помощи были «получены в наследство» от существовавшего в советский период здравоохранения без учета рыночных ориентаций в структуре общественных связей и отношений. Стремительные действия со стороны государства, слабая презентация ОМС, его сложная, громоздкая организационная структура, а также размытость идеологических оснований стали источником целого ряда острых проблем и противоречий современного его функционирования и развития.

Во втором параграфе **«Особенности организации и функционирования обязательного медицинского страхования в России»** представлено организационное оформление и показаны проблемы воспроизводства российской практики ОМС на современном этапе.

Обязательное медицинское страхование в ряду дефиниций видов и типов современного страхования предстает как страхование обязательное (охват всего населения), медицинское (предоставление медицинской помощи), социальное (социальная защита за счет средств страховых фондов), некоммерческое (отсутствие в качестве цели получения прибыли), личное (объектом страховых отношений выступает здоровье индивида). Его социальная сущность заключается в оказании бесплатной для пациента медицинской помощи, что свидетельствует о реализации таких социально-значимых функций, как социальная защита населения в области медицинского обслуживания, снижение социальной напряженности и регулирование социального неравенства. Для этого разрабатывается специальная базовая программа ОМС, включенная в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, утверждаемая на федеральном уровне.

На региональном уровне органы исполнительной власти, разрабатывая территориальную программу данного вида медицинского страхования, могут расширить перечень видов медицинской помощи, финансирование которых будет осуществляться за счет региональных и местных бюджетов. В основе разработки такой программы лежат законодательные акты федерального и регионального значения.

Для реализации идеи ОМС в российском обществе государство создает специальную организационную структуру, которую следует отнести к разновидности социальной организации. Создается Федеральный фонд, функционирование практики на каждой территории субъектов РФ осуществляют территориальные фонды. Важным звеном становятся страховые медицинские организации, выполняющие отдельные полномочия страховщика. Для организационной структуры обязательного медицинского страхования характерна высокая степень формализации: правила, распорядок регламентируют практически всю сферу действий и взаимодействий акторов, предписывая ролевое поведение в соответствии со статусными характеристиками

По состоянию на 1 января 2010 г. в ОМС работали Федеральный фонд и 84 территориальных фонда, 106 страховых медицинских организаций, имеющих статус юридического лица, и 246 филиалов страховых медицинских организаций¹.

В диссертации определены действующие на территории России организационные модели обязательного медицинского страхования, к числу которых отнесены: страховая, смешанная, фондовая, бюджетно-фондовая². В соответствии со страховой организационной моделью страховщиками выступают только страховые медицинские организации, которые получают финансовые средства от территориальных фондов ОМС и организуют деятельность с застрахованными. В смешанной организационной модели функции страховщиков выполняют как страховые медицинские организации, так и филиалы территориальных фондов. В фондовой модели страховые медицинские организации отсутствуют, а страховщиком являются филиалы территориальных фондов. В бюджетно-фондовой модели отсутствует страховщик, а финансовые средства передаются органам управления здравоохранением.

Наиболее приближенной к Закону «О медицинском страховании граждан в РСФСР» принято считать страховую модель, и именно она была создана и функционирует на территории Свердловской области (страховая организационная модель с участием филиалов территориального фонда ОМС).

Преимущества данной модели заключаются в следующем. Жесткая вертикальная структура организации способствует согласованию ее функций и задач, определяет сферы контроля и соподчиненности. Централизация облегчает вертикальную координацию, а субординация закрепляет четкую структуру скалярной цепи. Страховые медицинские организации в этой модели выступают выразителями потребностей пациентов. По состоянию на 22 августа 2011 г. в организационную структуру обязательного медицинского страхования Свердловской области включены территориальный фонд и 12 его филиалов, в том числе и филиал в г. Екатеринбурге. Численность медицинских учреждений, включенных в ОМС, – 221, страховой медицинской деятельностью занимаются 14 страховых медицинских организаций³.

В диссертации показана динамика численности страховых медицинских организаций, которая убедительно демонстрирует снижение численности

¹ См.: Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2009 году // Федеральный фонд обязательного медицинского страхования : [сайт]. URL: www.ffoms.ru/userfiles/sbornik+OMS.doc (дата обращения 13.05.2011).

² Представленные региональные организационные модели ОМС создавались, опираясь на Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Современные региональные модели ОМС находятся в стадии формирования, поскольку новый Закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» вступил в силу с 1 января 2011 г.

³ См.: ТФОМС Свердловской области : [сайт]. URL: http://www.tfoms.e-burg.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=180&Itemid=161 (дата обращения 30.08.2011)

страховщиков как акторов изучаемой нами практики. Происходящие организационные преобразования свидетельствуют, что идет процесс «вытеснения», а точнее ограничения, страховых медицинских организаций и передачи их функций филиалам территориальных фондов, поскольку ими легче управлять в отличие от первых, выступающих самостоятельными хозяйствующими субъектами. Упразднение страховых медицинских организаций позволит Федеральному фонду и территориальным фондам стать единственной, монопольной структурой, которая полностью и единолично будет регулировать финансовые потоки. Ее жесткая централизация и регламентация будут тормозить развитие рынка медицинских и страховых услуг, снизят контроль над качеством и доступностью медицинского обслуживания, в котором ведущая роль отводится страховым медицинским организациям как выразителям интересов и потребностей пациентов. Об этой тенденции свидетельствует и вступивший в силу в январе 2011 г. Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в котором указывается, что страховщиком для всего населения выступает Федеральный фонд ОМС.

На сегодняшний день, как показывают результаты наших исследований, страховые медицинские организации являются единственным актором, который, во-первых, осуществляет взаимодействие с другими акторами, включенными в ОМС, а во-вторых, лучше всего осведомлен о структуре и функциях данной практики. Застрахованные, взаимодействуя прежде всего с медицинскими учреждениями, не могут четко обозначить свой статус в ОМС и выстроить свои действия в соответствии с ним. Медицинский персонал зачастую использует в своих интересах низкий уровень информированности застрахованных о нормах и принципах ОМС, а также территориальную привязанность пациентов, подменяя бесплатные медуслуги в рамках Программы государственных гарантий платным медицинским обслуживанием. Страхователи практически «выключены» из системы взаимодействий акторов, что связано с ограниченностью их роли как финансового инструмента, пополняющего запасы страховых фондов.

Еще одной проблемной зоной современного функционирования практики ОМС выступает формализация в определении потребности населения в структуре и объемах медицинской помощи, в основе которой находятся показатели «посещаемость/число законченных случаев» и «численность/структура населения». Показатель «посещаемость медицинских учреждений» не демонстрирует истинную картину потребностей населения в медицинской помощи. При заболевании часть населения начинает использовать практику самолечения, а высокодоходные группы обращаются в негосударственные медицинские учреждения. Отсюда судить о потребности населения в медицинских услугах лишь по показателям посещаемости и числу пролеченных (законченных случаев) больных не вполне корректно.

Численность и структура населения территории также выступает формальным показателем потребности в медицинской помощи. Однако если

обратиться к финансовому механизму пополнения фондов ОМС, то ситуация выглядит следующим образом. Налоговые поступления в расчете на одного застрахованного работающего гражданина в среднем по России составили 2682,6 руб., а размер страховых взносов на одного застрахованного неработающего гражданина составил 2 445,7 руб.⁴ В 2009 г. плата за неработающее население в среднем составила 36,3% от всех поступлений в территориальные фонды. По данным Федерального фонда численность граждан, застрахованных в ОМС, по состоянию на 1 января 2010 г. составляет 142,2 млн человек, в том числе 58,8 млн работающих граждан (41%) и 83,4 млн неработающих граждан (59%).

Страховые поступления на неработающее население меньше, чем на работающих, и доля неработающих превышает численность работающего населения. Причем нередко медицинское обслуживание неработающего населения стоит значительно дороже, поскольку в эту группу включены люди пожилого и старого возраста, а также дети, доля обращений за медицинскими услугами которых превышает аналогичный показатель работающего населения.

Потребность человека в медицинской помощи теряет индивидуальный характер и становится государственной прерогативой. Неблагоприятный прогноз в этом направлении может касаться и снижения длительности пребывания в стационаре, и структуры оказываемой медицинской помощи, и т.д.

В поисках решения проблем современного функционирования российской практики обязательного медицинского страхования в работе проведен анализ западных моделей (Голландия, Германия), который позволил определить их достоинства и утвердиться положению о возможности использовании зарубежного опыта. К числу таких достоинств отнесены: во-первых, зависимость включения гражданина в ОМС от величины его дохода, который определяется государством; во-вторых, присоединение к практике членов семей работников; в-третьих, солидарное участие в страховых взносах на медицинское обслуживание самих граждан, что позволяет расширить набор медицинских услуг, входящих в страховой пакет, удовлетворяющий потребностям населения.

Формализованной, целерациональной практике ОМС в России не хватает поискового, инновационного потенциала. В течение 20-летнего периода функционирования данная практика оставалась неизменной и не учитывала

⁴ Наблюдается дифференциация по финансовому обеспечению территориальных базовых программ. Например, минимальный размер налоговых поступлений на одного застрахованного работающего гражданина составил в Ивановской области – 1584,3 руб., Кировской области – 1604,8 руб., Республике Ингушетии – 1 638,4 руб. Самые низкие поступления на одного застрахованного неработающего отмечены в Республике Ингушетии – 630,0 руб., Республике Дагестан – 726,4 руб., Ульяновской области – 850,1 руб. (см.: Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2009 году // Федеральный фонд обязательного медицинского страхования : [сайт]. URL: www.ffoms.ru/userfiles/sbornik+OMS.doc (дата обращения 13.05.2011).

трансформационных изменений социальной среды, а также адаптационных инструментов «приспособления» акторов к изменяющимся условиям. Новый импульс к ее развитию, утверждению ее поискового характера может придать модернизация идеологических оснований практики.

Третья глава **«Идеологические основания развития практики обязательного медицинского страхования в России»** направлена на исследование идеологической базы ОМС и анализ методологического потенциала теории рационального выбора как инструмента дальнейшего развития практики.

В первом параграфе **«Идеологические основы практики обязательного медицинского страхования: принципы, проблемы, противоречия»** представлены идеологические аспекты функционирования практики обязательного медицинского страхования на современном этапе развития российского общества.

Ядром идеологии практики ОМС, воспроизводящей ее сущностные характеристики, выступают общецивилизационные (общечеловеческие) идеи, принципы и ценности, имеющие гуманистическую направленность и разделяемые субъектами независимо от позиций и статусов, занимаемых в социальной структуре общества. Базовыми системообразующими идеологическими основаниями обязательного медицинского страхования выступают принципы социальной справедливости и общественной солидарности, выраженные в тезисах «здоровый платит за больного» и «богатый платит за бедного». Это означает, что платежи перечисляются на все население, но потребности индивидов в получении медицинских услуг различны, а размер страховых взносов зависит от величины доходов страхователей и не зависит от материального достатка конечного потребителя. Равный набор услуг при сходных первичных условиях получают и высокодоходные группы, и группы с низким уровнем финансовой обеспеченности.

Общецивилизационные принципы социальной справедливости и общественной солидарности преломляются в национальных ценностях и идеях, отражая специфику и особенности практики в различных обществах. На сегодняшний день идеология ОМС в России имеет неолиберальные основания. К числу идеологических ценностей и принципов российской практики в работе отнесены конкуренция как инструмент координации и механизм стимулирования активности акторов, свобода выбора как механизм повышения личной ответственности индивида за свое здоровье, всеобщность, массовость и доступность медицинского обслуживания.

Рыночные отношения в практике ОМС принимают квазирыночный характер, под которым понимается государственное регулирование сферы медицинского обслуживания с введением рыночных элементов. Это связано с особой социальной значимостью системы медицинской помощи населению. Конкуренция в этих условиях становится регулируемой, т. е. предполагается развитие конкурентных отношений между медицинскими учреждениями и

между страховыми медицинскими организациями при регулировании цен на медицинские услуги со стороны государства.

Принцип свободного выбора заключается в предоставлении возможности выбора пациентами медицинского учреждения, врача и страховщика; страховщик может выбирать исполнителя медицинских услуг – медицинские учреждения и вступать с ним в договорные отношения; страхователь «стоит перед выбором» страховщика для заключения договора, в соответствии с которым страховая медицинская организация обязуется организовать и профинансировать медицинскую помощь, а также осуществлять контроль за оказанием медицинских услуг застрахованным гражданам.

Свободный выбор возможен при условии рационального характера отношений между акторами социальной практики. При этом рационализация понимается как поиск наиболее оптимальной, удовлетворяющей их запросам и повышающей эффективность (социальную, экономическую) структуры (способа, механизма) функционирования акторов в поле ОМС через свободный выбор.

Еще одна особенность российской идеологической модели обязательного медицинского страхования – всеобщность, массовость и доступность медицинской помощи. Все граждане России независимо от пола, возраста, уровня доходов, места жительства должны быть застрахованы в ОМС. Страхование осуществляется на протяжении всей жизни индивида, а медицинская помощь реализуется на основе равного доступа к ней всех категорий и слоев населения, имеющих страховой полис. При этом медицинское обслуживание будет оказано всем гражданам, в нем нуждающимся, независимо от внесения платежей со стороны страхователя, т. е. даже при задержках страховых отчислений страхователем медицинские услуги будут предоставляться бесплатно в силу обязательств со стороны государства. Сумма страхового взноса регулируется законодательством, выплаты при наступлении страхового случая предоставляются не в денежной, а в натуральной форме, в виде предоставления медуслуг.

Практически 20-летний опыт воспроизводства ОМС в России демонстрирует широкий спектр проблем, и противоречий, имеющих идеологические основания и их базовой причиной становится нарушение структуры функциональных связей идеологии, что порождает идеологические ловушки.

Истоки ловушки равенства следует искать в интерпретативном поле представлений различных групп населения о социальной справедливости и общественной солидарности. Отсутствие консенсуса по ключевым понятиям порождает неудовлетворенность населения взаимодействием с системой здравоохранения. Данная ситуация усугубляется традициями, заложенными патерналистской моделью медицинской помощи, просуществовавшей более 70 лет на территории России. Население «привыкло», что медицинская помощь в системе государственного здравоохранения будет оказана бесплатно в любом объеме. Принципы социальной справедливости и общественной солидарности

рассматриваются как всеобщий доступ к благам, в том числе и к медицинским услугам.

Однако в современной либерально ориентированной социальной политике государство устанавливает некоторые нормативы получения бесплатных для населения социальных благ исходя из собственных возможностей и ресурсов. В России провозглашается равенство граждан в получении минимального (ограниченного) набора медицинских услуг, всеобщность и массовость включения населения в практику ОМС. Оплата стоимости медицинских услуг осуществляется из страховых взносов работодателей и местных органов исполнительной власти, которые «привязаны» к совокупному страховому тарифу, рассчитываемому в соответствии с выплатами физическим лицам.

В реальности информация об объемах и видах медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий, находится «вне поля зрения» пациентов, что и выступает одной из причин неравенства в доступе к медицинским услугам. В такой ситуации врач становится ключевой фигурой в определении, кто из пациентов окажется в числе «счастливчиков», получивших проплаченный из средств ОМС талон или направление. Как правило, это пожилые и старые люди, у которых потребность в медицинской помощи выше, а материальный достаток ниже, чем у трудоспособного населения. В результате экономически активный слой населения, редко обращающийся за медицинскими услугами, вынужден самостоятельно их оплачивать. Поэтому в общественном мнении закрепляется убеждение о платности современной системы медицинского обслуживания при декларировании равенства всех слоев населения в этой области.

Нарушения в структуре функциональных связей идеологии ОМС становится причиной социальной эксклюзии, что противоречит идее доступности медицинской помощи для всего населения, заложенной в социальной политике государства, результатом которой становится «выход» некоторых групп населения из практики.

В российской практике ОМС страховой полис выступает основным условием получения медицинской помощи пациентом. Его отсутствие может стать причиной отказа в медицинском обслуживании, отсюда исключенными становятся те группы населения, которые их не имеют. Это прежде всего бездомное население, численность которого, по разным оценкам, варьируется от 3 до 5 млн человек. Попыткой решения данного вопроса следует считать принятие новых правил обязательного медицинского страхования, в соответствии с которыми лица без документов и без определенного места жительства могут рассчитывать на получение медуслуг при обращении с ходатайством учреждения социальной помощи либо лечебного учреждения о выдаче полиса в территориальный фонд.

Промежуточное, на наш взгляд, положение занимают еще две группы населения. Их можно назвать «частично исключенными» из практики. Первая группа – это население, проживающее на удаленных от больших населенных

пунктов территориях. По результатам нашего исследования более половины опрошенных селян (60%) отметили дефицит узких специалистов в медучреждениях, а также отсутствие необходимого для диагностики заболеваний оборудования. Широкий спектр медицинских услуг сельский житель может получить только в крупном населенном пункте.

Второй группой, частично исключенной из практики, становятся высокодоходные слои населения. Они добровольно отказываются от медицинских услуг, оплата которых производится из средств ОМС, в пользу платного медицинского обслуживания. Причиной добровольного ухода выступают как значительные временные затраты при получении медицинской помощи в данной системе, так и сложившиеся представления о более высоком качестве платных медуслуг.

Закрепленный в нормативной базе неолиберальный принцип свободного выбора медицинского учреждения и страховщика в реальности трансформируется в идеологическую ловушку выбора. Медицинское обслуживание пациентов осуществляется по месту их проживания, хотя в законодательстве закрепляется право выбора врача и поликлиники. Отсутствует и реальный индивидуальный выбор со стороны пациента страховой медицинской организации, поскольку решение за него принимает страхователь в лице работодателя или органов местного самоуправления.

Пациенты предстают в виде управляемой массы, которая не принимает решений, что соответственно снижает их ответственность за состояние собственного здоровья и они становятся отчужденным актором практики ОМС. Отсутствие в реальности условий для выбора пациентом врача и медицинского учреждения, снижение доступности медицинской помощи вследствие информационной асимметрии и дефицита информации о видах и объеме медицинских услуг становятся причиной неформальных платежей как инструмента рационализации, повышающего, по мнению пациентов, качество и доступность медуслуг и улучшающего отношения с медперсоналом.

Ловушка конкуренции затрагивает таких акторов практики, как страховщики и исполнители медицинских услуг. Ее суть заключается в том, что государство регулирует конкуренцию на рынке ОМС, в частности посредством установления единого размера страхового взноса, однако реальная конкуренция отсутствует, что связано с ловушкой выбора. Пациенты не используют свое право выбора страховщика и медицинского учреждения, отсюда и конкуренции за право оказания им страховых и медицинских услуг не происходит. Кроме того, негосударственные медицинские учреждения практически не включены в практику, хотя их деятельность в страховом поле стала бы дополнительным стимулом развития конкурентных отношений. Страховщики и исполнители медицинских услуг продолжают воспроизводить известные образцы страховых отношений, которые сложились за 20-летний период функционирования практики ОМС в России.

Опираясь на собственный исследовательский анализ, а также учитывая дискуссию, развернувшуюся по вопросам перспектив дальнейшего развития

системы медицинского обслуживания, в диссертации определяется, что одним из направлений решения проблем и противоречий практики ОМС может стать модернизация ее идеологических оснований.

Во втором параграфе **«Теория рационального выбора как инструмент развития идеологии обязательного медицинского страхования»** представлены основные положения теории рационального выбора как инструмента развития идеологии и преодоления идеологических ловушек в практике ОМС.

Основой преодоления проблем и противоречий практики можно было бы считать вступление в силу нового Закона РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Однако его анализ, осуществленный в диссертации, позволил прийти к выводу, что он воспроизводит прежнюю идеологическую модель ОМС: затрагивая организацию практики, Закон не разрешает идеологические противоречия. Государство по-прежнему декларирует принципы и ценности, которые не имеют реальных механизмов воплощения в практических действиях и взаимодействиях акторов. Акторы будут порождать инструменты адаптации к изменившимся условиям социальной среды без обратной связи с государственными структурами, в руках которых - социальная политика.

В работе обосновывается, что методологической основой для решения данного вопроса может стать теория рационального выбора. Это объясняется следующими положениями. Во-первых, теория рационального выбора не противоречит существующей идеологии неолиберализма, охватывающей все сферы общественной жизни. Во-вторых, она выступает системообразующей идеей, позволяющей решить заявленные выше противоречия. В-третьих, теория рационального выбора может стать источником и инструментом развития идеологии, что позволит переориентировать практику ОМС с простого воспроизводства к развитию и поисковому характеру.

Суть теории рационального выбора, по мнению В. В. Радаева, «...заключается в следующей предпосылке: среди возможных альтернатив действия человек выбирает то, что, согласно его ожиданиям, наилучшим образом соответствует его интересам при условии заданности его личных предпочтений и ограничений внешней среды»⁵. В этом тезисе закреплена процессуальность процедуры: актор формирует представление о благе как цели, собирает и систематизирует информацию, в том числе полученную из случайных источников, часть предлагаемых альтернатив не рассматривает в силу индивидуальных особенностей, представлений, оценок и осуществляет выбор наиболее удовлетворяющего его варианта. Таким образом, выбор является индивидуальным, рациональным, информированным.

Решение вопроса о рациональном выборе следует начать с информационного насыщения пациентов о страховщиках и исполнителях медицинских услуг, включенных в практику ОМС и работающих на

⁵ Радаев В. В. Экономическая социология. М., 1998. С. 25.

конкретной территории. Индивиды и группы выбирают лучшую альтернативу среди тех, о которых имеется информация. Однако информация о ключевых характеристиках деятельности медучреждений и страховых медицинских организаций на сегодняшний день для пациента недоступна. Ни страховые медицинские организации, ни фонды не включают в спектр своей работы информационное сопровождение пациентов на рынке ОМС.

Особого внимания заслуживает и вопрос разработки четких нормативных документов, регламентирующих процедуру выбора и учитывающих ресурсные возможности медицинских учреждений. Без нормативного сопровождения процедура выбора может превратиться в неуправляемый процесс, в котором исполнителю медицинских услуг придется взять на себя функцию регулирования потока пациентов. Престиж медицинского учреждения, его оснащенность и высокое качество медицинского обслуживания, сформированные в поле общественного мнения, станут для исполнителя медицинских услуг при большом потоке пациентов проблемой, решение которой – в отказе от медицинской помощи, что противоречит российскому законодательству.

Формирование реальной ситуации выбора пациентом исполнителя медицинских услуг и страховщика ведет к становлению реальной конкуренции на рынке ОМС и позволит утвердиться регулируемой конкуренции. В этом случае страховщики становятся истинными покупателями медицинских услуг. Им придется активнее «шевелиться», предлагая, например, дополнительные к ОМС, страховые пакеты, расширяя набор и объем медицинского обслуживания. Это позволило бы повысить заинтересованность пациента при выборе страховщика и стало бы конкурентным преимуществом страховой организации.

При этом проблема информационной асимметрии будет стоять не так остро, поскольку страховые медицинские организации возьмут на себя роль информированных покупателей. Пациенту важно знать не только каким образом осуществляется контроль за предоставлением медицинских услуг, но и как проходит диагностика и лечение по конкретной страховой программе. Пациент через страховую медицинскую организацию, представляющую его интересы, становится информированным получателем медицинской помощи. Он будет знать, как станет осуществляться медицинское обслуживание и какие медуслуги должны быть ему предоставлены. Взаимодействие с медицинскими учреждениями будет строиться на иных основаниях, включающих не только контроль и оплату медицинских услуг, но и согласованные программы медицинского обслуживания.

Интерес исполнителей медицинских услуг заключен в реализации принципа капитации (*per capita*, т. е. «за душу») - подушевого финансирования. В поле функционирования российской практики ОМС принцип капитации выражается в тезисе «деньги следуют за пациентом». В обобщенном виде это означает следующее: чем больше медицинских услуг окажет поликлиника или стационар, тем больше денег получит за каждого пролеченного пациента.

Модель «рационального выбора» позволит частично снять идеологическую ловушку равенства. Имея информацию о структуре медицинской помощи, пациент сам принимает решение о получении тех или иных видов медицинской помощи. Мы полагаем, что необходимо ввести дифференциацию в «наборе» медицинских услуг для разных групп населения и включение возможностей добровольного медицинского страхования в систему медицинского обслуживания населения.

Такой проект может быть представлен в виде двухуровневой структуры программы обязательного медицинского страхования⁶. На первом уровне абсолютно для всего населения предоставляется бесплатно минимальный набор медицинских услуг, который финансируется их средств ОМС. Второй уровень включает дополнительный объем и виды медицинской помощи, которые предоставляются различным группам, дифференцируемым по таким основаниям, как наличие хронических заболеваний, возраст и пр., и также оплачиваются из средств ОМС. На этом же уровне населению могут быть предложены пакеты медицинских услуг, финансирование которых происходит на условиях соплатежей, т. е. часть оплаты идет из средств ОМС, а часть – из личных средств пациента.

Реализация дифференцированного подхода с включением возможностей добровольного медицинского страхования не противоречит базовым идеологическим принципам социальной справедливости и общественной солидарности, а позволяет избежать противоречий в структуре функциональных связей идеологии и повышает личную ответственность индивида за свое здоровье и выбор страховщика и исполнителя медицинских услуг.

Реализация обновленной модели идеологии обязательного медицинского страхования как движение от идеала к практическому ее воплощению предполагает ряд последовательных этапов. Учитывая высокую социальную значимость практики и ее функции, последовательность шагов предусматривает не «шоковое» воздействие на акторов практики, а «мягкое» включение в массовое сознание на групповом и индивидуальном уровнях основных постулатов теории рационального выбора.

Для этого на первом этапе необходима разработка показателей и индикаторов, измеряющих современное состояние процедуры выбора страховщика и исполнителя медицинских услуг. Разработка системы позволит в дальнейшем проводить мониторинговые исследования ОМС и анализировать динамику.

На этом же этапе требуется разработка программы (на федеральном и региональном уровнях), включающей в себя совокупность мер, направленных на повышение значимости идей рационального выбора в системе медицинского обслуживания. Предпосылки для ее создания, на наш взгляд, уже

⁶ Модель двухуровневой программы обязательного медицинского страхования предложена С. В. Шишкиным.

сформированы и касаются формирования здоровьесберегающего пространства, в котором реализуются различные программы и проекты: национальный проект «Здоровье», федеральные и региональные целевые программы, программа по формированию здорового образа жизни и др.

На втором этапе создается особая информационная среда, цель которой – информационное насыщение акторов о структуре и функциях обязательного медицинского страхования, правах в сфере медицинского обслуживания, основных игроках на рынке медицинских услуг. Формирование информационных баз, включающих показатели деятельности исполнителей медицинских услуг и страховщиков, позволит пациентам сравнивать интересующие варианты с альтернативными, представленными на рынке ОМС, и тем самым облегчить потребительский выбор.

На третьем этапе особая роль принадлежит экспертам, к числу которых отнесем не только специалистов в области медицины и здравоохранения, но и социологов, политологов, правоведов, экономистов. Им необходимо разработать критерии, в соответствии с которыми определяется структура медицинской помощи. Возможно, для применения стратифицированного подхода потребуется общественное обсуждение и разработка специальных технологий включения различных групп пациентов в разные варианты страховых пакетов. Полагаем, критерии для дифференциации следует вводить постепенно, и первоначально их число должно быть не слишком большим. На этом этапе особую роль можно закрепить за профессиональными ассоциациями врачей, как контролирующими органами при определении критериев.

Помимо разработки критериев, необходимо также вычислить и стоимость самих страховых пакетов. Минимальный набор медицинских услуг предоставляется абсолютно всем гражданам, а дополнительный – тем, кто попадает в определенные группы по различным критериям. Также все граждане могут на условиях софинансирования приобретать специально разработанные варианты страховых продуктов, объем и виды медицинских услуг в которых превышают стандартный вариант. В этом случае можно сформировать понижающую шкалу стоимости услуг при неиспользовании пациентами в течение года подобного продукта либо обратиться к накопительной системе страховых взносов: каждый пациент будет иметь сберегательную часть, которая вместе с начисленными процентами станет его резервом при превышении расходов на медицинское обслуживание.

Теория рационального выбора как инструмент развития идеологии ОМС позволяет утвердить поисковый целерациональный характер практики. Акторы практики на основе новой модели используют рыночные принципы и ценности в соответствии с неолиберальной социальной политикой как общей траекторией развития российского общества. Обновленная модель идеологии становится открытой динамической системой, опирающейся на общественные потребности и указывающей направление дальнейшего развития практики. В ней четко определены принципы и ценности функционирования ОМС, понятные для всех акторов и воплощенные в политике государства.

В **заключении** представлены основные выводы по результатам диссертационного исследования, определены перспективные направления дальнейшего изучения проблемы.

Основное содержание диссертации отражено в следующих публикациях:

Статьи, опубликованные в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, определенных ВАК

1. Антонова Н. Л. Социальная эксклюзия в системе обязательного медицинского страхования // Социум и власть. - 2011. - № 3. С. 34-39. (0,5 п.л.).
2. Антонова Н. Л. Теория рационального выбора как инструмент развития идеологии обязательного медицинского страхования // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. - 2011. - №3. С. 15-18. (0,4 п.л.).
3. Антонова Н. Л. Становление практики обязательного медицинского страхования в России: проблемы и противоречия // Научные проблемы гуманитарных исследований. - 2011. - №2. С. 230-235 (0,4 п.л.).
4. Антонова Н. Л. Проблема оснований в классификации социальных практик // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. - 2011. - №1. С. 240-243. (0,4 п.л.).
5. Антонова Н. Л. Институционализация социальных практик: методология исследования // Вестник Поморского университета. Серия «Гуманитарные и социальные науки». - 2010. - № 11. С. 94-99. (0,4 п.л.).
6. Антонова Н. Л. Социальная практика: теоретико-методологические основания исследовательского анализа // Известия Уральского государственного университета. Серия 3. Общественные науки. - №4(70). - 2009. С. 92-98. (0,5 п.л.).
7. Антонова Н. Л. Факторы доступности медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Вестник Поволжской академии государственной службы. - 2008. - №4 (17). С. 141-148. (0,6 п.л.).
8. Антонова Н. Л. Неформальная оплата медицинских услуг: социологическое осмысление // Известия Уральского государственного университета. Серия 3. Общественные науки. - 2008. - №57. С. 64-71. (0,5 п.л.).
9. Антонова Н. Л. Обязательное медицинское страхование и пациент : особенности взаимодействия с медперсоналом // Социологические исследования. - 2007. - №3. С. 78-82. (0,5 п.л.).
10. Антонова Н. Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования как социологическая проблема

- // Известия Уральского государственного университета. Серия 3. Общественные науки. - 2007. - №51. С. 168-179. (0,8 п.л.).
11. Антонова Н. Л. Институционализация обязательного медицинского страхования в современном российском обществе // Вестник ГОУ ВПО УГТУ-УПИ. Трансформация российского общества и актуальные проблемы социологии: материалы Всероссийской научно-практической конференции «XV Уральские социологические чтения «Возрождение России: общество-управление-образование-культура-молодежь». - 2005. - №3(55). Ч.1. С. 75-78. (0,3 п.л.).
 12. Антонова Н. Л. Защита прав пациента в системе обязательного медицинского страхования // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - №3. С. 55-57. (0,4 п.л.).
 13. Антонова Н. Л. Реализация прав пациентов в системе ОМС (опыт социологического исследования) // Социология медицины. - 2004. - №1(4). С. 45-48. (в соавторстве, 0,5/0,4 п.л.).

Монографии:

1. Антонова Н. Л. Становление и развитие социальной практики обязательного медицинского страхования в России. - Екатеринбург, Изд-во Урал. ун-та, 2011. (12,79 п.л.).
2. Антонова Н. Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования: социологический анализ. - Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун-т», 2006. (в соавторстве, 6,3/5,3 п.л.).
3. Антонова Н. Л. Институциональные аспекты функционирования обязательного медицинского страхования в России. - Екатеринбург: ТНТ, 2005. (8,14 п.л.).

Статьи, материалы, тезисы докладов в других изданиях:

1. Антонова Н. Л. Методологические аспекты исследования социальных практик // Общественные науки. - 2010. - № 3. С. 30-38. (0,5 п.л.).
2. Антонова Н. Л. Социальная практика как социологическая категория / Российское образование в условиях трансформаций: социологические очерки / под общей ред. Ю. Р. Вишневого. - Екатеринбург: УГТУ-УПИ, 2010. С. 102-108. (0,5 п.л.).
3. Антонова Н. Л. Социальные практики: методологические истоки, подходы, перспективы / Социальные процессы: Сборник научных трудов. Выпуск 6 / Отв. ред. Г. Б. Кораблева, И. Е. Левченко. - Екатеринбург, 2010. С. 30-42. (0,5 п.л.).
4. Антонова Н. Л. Акторы социальных практик: методологическое осмысление / Материалы XIII Международной конференции «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования. Ч.1. / редакционная коллегия: Грунт Е. В.,

- Кораблева Г. Б., Комлева Н. А., Меренков А. В. – Екатеринбург: УрГУ, 2010. С. 22-25. (0,4 п.л.).
5. Антонова Н. Л. Медицинское обслуживание в оценках молодежи / Актуальные проблемы социологии молодежи / под общей ред. Ю. Р. Вишневого. - Екатеринбург: УрФУ, 2010. С. 64-67 (0,3 п.л.).
 6. Антонова Н. Л. Институциональные проблемы функционирования обязательного медицинского страхования в России / Стратегия инновационного развития России как особой цивилизации в XXI веке: VI Всероссийская научная конференция «Сорокинские чтения – 2010»: Сборник тезисов. – М.: МАКС Пресс, 2010. С. 56-58. (0,2 п.л.).
 7. Антонова Н.Л. Институциональные противоречия функционирования практики обязательного медицинского страхования / Управление социальным развитием регионов в условиях выхода из кризиса в современной России и странах СНГ: Материалы международной научно-практической конференции. Ч II. / отв. ред. С. Г. Зырянов. – Челябинск: Челябинский институт (филиал) Уральской академии государственной службы, 2010. С. 85-89. (0,2 п.л.).
 8. Антонова Н. Л. Социальные практики: активистско-деятельностный подход / Современное общество: вопросы теории, методологии, методы социальных исследований. Материалы X Всероссийской научной конференции, посвященной памяти профессора З. И. Файнбурга. - Пермь: Изд-во ПГТУ, 2010. С. 67-69. (0,1 п.л.).
 9. Антонова Н. Л. Институционализация социальных практик: теоретико-методологический поиск / Социальные процессы: Сборник научных трудов. Выпуск 5. / отв. ред. Г. Б. Кораблева, И. Е. Левченко. - Екатеринбург: Уральский институт социального образования, 2009. С. 2-11. (0,5 п.л.).
 10. Антонова Н. Л. Информированность населения о правах в области охраны здоровья: роль СМИ / Мультикультуральная современность: Урал-Россия-Мир: Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции Гуманитарного университета: Доклады. - Екатеринбург: Гуманитарный ун-т, 2009. С. 274-276. (0,2 п.л.).
 11. Антонова Н. Л. Социальная практика как предмет социологического анализа / Материалы XII Международной конференции «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования» / ред. коллегия: Грунт Е. В., Кораблева Г. Б., Комлева Н. А., Меренков А. В., Рыбцова Л. Л., Старшинова А. В. - Екатеринбург, 2009. С. 42-45. (0,2 п.л.).
 12. Антонова Н. Л. Доступность медицинской помощи: социальные и институциональные аспекты / Социальные процессы: Сборник научных трудов. Выпуск 4. / отв. ред. Г. Б. Кораблева, И. Е. Левченко. - Екатеринбург: Уральский институт социального образования, 2008. С. 133-145. (0,6 п.л.).

13. Антонова Н. Л. Проблемы реализации прав пациентов в обязательном медицинском страховании / Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности: сборник статей по материалам Интернет-конференции. - М.: ИПЦ Маска, 2008. С. 41-47. (0,5 п.л.).
14. Антонова Н. Л. Отношение пациентов к общим врачебным практикам / Материалы III Всероссийского социологического конгресса [Электронный ресурс]. - М.: Институт социологии РАН, Российское общество социологов, 2008. (Диск СД, ISBN 978-6-89697-157-3) (0,1 п.л.).
15. Антонова Н. Л. Медицинское обслуживание: проблемы доступности / Современное общество: вопросы теории, методологии, методы социальных исследований. Материалы IX Всероссийской научной конференции, посвященной памяти З. И. Файнбурга. Т. 2. - Пермь: Изд-во ПГТУ, 2008. С. 113-114. (0,1 п.л.).
16. Антонова Н. Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования (на примере г. Екатеринбург) // SPERO (Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры). - 2007. - №7. (1 п.л.).
17. Антонова Н. Л. Обязательное медицинское страхование как институт общества: социологическое осмысление / Летняя школа институционального анализа 2007: сб. работ / Гос. ун-т – Высшая школа экономики. - М.: Изд.дом ГУ ВШЭ, 2007. С. 7-22. (1 п.л.).
18. Антонова Н. Л. Качество медицинского обслуживания в оценках пациентов. - Социология медицины. - 2007. - №1. (0,5 п.л.).
19. Антонова Н. Л. Обязательное медицинское страхование: особенности взаимодействия застрахованных и страховщиков // Социология медицины. - 2006. - №1. С. 53-56. (0,5 п.л.).
20. Антонова Н. Л. К вопросу о качестве медицинского обслуживания / Тезисы докладов и выступлений на Всероссийском социологическом конгрессе «Глобализация и социальные изменения в современной России»: в 16 т. – М.: Альфа-М, 2006. – Т. 14. Социология здоровья. Социология права. Социологическое образование. С. 9-11. (0,2 п.л.).
21. Антонова Н. Л. Неравенство в сфере здоровья / Качество жизни в социокультурном контексте России и Запада: методология, опыт эмпирического исследования: сб. научных статей. Ч. 1. - Екатеринбург, 2006. С. 147-148. (0,2 п.л.).
22. Антонова Н. Л. Особенности взаимодействия субъектов в системе обязательного медицинского страхования Будущее России: стратегия развития / Тезисы докладов уральских социологов на II Всероссийской научной конференции «Сорокинские чтения» (Москва, декабрь 2005). - Екатеринбург: УГТУ-УПИ, 2006. С. 6-8. (0,2 п.л.).
23. Антонова Н. Л. Доступность медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / Современное общество: вопросы теории, методологии, методы социальных исследований. Материалы VIII Всероссийской научной конференции, посвященной 85-

- летию со дня рождения З. И. Файнбурга и 40-летию создания лаборатории социологии ПГТУ. – Пермь: Изд-во ПГТУ, 2006. С. 161-163. (0,1 п.л.).
24. Антонова Н. Л. Права пациентов в системе обязательного медицинского страхования: возможности реализации стратегии кейс-стадии / Политическая культура и политические процессы в современном мире: методология, опыт эмпирического анализа: Материалы VIII Международной конференции памяти Л. Н. Когана. Ч.1. - Екатеринбург, 2005. С. 28-31. (0,4 п.л.).
25. Антонова Н. Л. Особенности реализации прав пациентов в системе обязательного медицинского страхования / Тезисы докладов I Всероссийской научной конференции «Сорокинские чтения – 2004: Российское общество и вызовы глобализации. Т.5. - М.: Альфа-М, 2005. С. 176-179. (0,2 п.л.).
26. Антонова Н. Л. Информированность пациентов о своих правах: опыт социологического исследования / Между прошлым и будущим: социальные отношения, ценности и институты в изменяющейся России: Материалы VIII научно-практической конференции Гуманитарного университета. Т.2. - Екатеринбург, 2005. С. 311-313. (0,2 п.л.).
27. Антонова Н. Л. Социология здоровья как перспективная отрасль социологической науки // Образование и наука. Известия Уральского отделения Российской Академии наук. - 2004. - №3. С. 112-119. (0,8 п.л.).
28. Антонова Н. Л. Институциональные аспекты функционирования обязательного медицинского страхования / Актуальные проблемы социологии и менеджмента: Материалы V Всероссийской конференции «Возрождение России: общество–управление–образование–культура–молодежь», посвященной 40-летию кафедры социологии и социальных технологий управления. Вып. 6. - Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2004. С. 64-65. (0,1 п.л.).
29. Антонова Н. Л. Обязательное медицинское страхование: субъекты страхового поля / Материалы VII Всероссийской научной конференции, посвященной памяти профессора З. И. Файнбурга «Современное общество: вопросы теории, методологии, методы социальных исследований». Т.1. – Пермь: Изд-во ПГТУ, 2004. С.171-172. (0,1 п.л.).
30. Антонова Н. Л. Права пациентов в системе обязательного медицинского страхования: проблемы и противоречия / Управление социальными, экономическими и политическими процессами в российских регионах: Международная конференция: сб. статей. Ч.1. – Екатеринбург: УрАГС, 2004. С. 18-21. (0,1 п.л.).
31. Антонова Н. Л. Рынок медицинских услуг: особенности и перспективы / Социальные проблемы современной российской экономики: сб. научных трудов по материалам международной научно-практической конференции. Ч.2. - Екатеринбург, 2003 С.3-10. (0,6 п.л.).

32. Антонова Н. Л. Возможности реализации прав пациентов в современной России / Актуальные проблемы социологии и менеджмента: Материалы V всероссийской научно-практической конференции «Возрождение России: общество-управление-образование-культура-молодежь». Вып. 2. - Екатеринбург, 2003. С. 41-42. (0,1 п.л.).
33. Антонова Н. Л. Обязательное медицинское страхование: реализация прав пациентов и проблема качества медицинской помощи / Управление социальными процессами в регионах: сб. статей. Ч.1. – Екатеринбург: УрАГС, 2002. С.76-79. (0,2 п.л.)